FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le 24 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Jules-Henri PIGEONNAT
Né à Vermenton (Yonne), le 20 février 1865
Licencié ès-sciences naturelles

Contribution à la Thérapeutique chirurgicale

DES

GROS FIBROMES UTÉRINS

(Hystérectomie abdominale : méthode rétro-péritonéale)

Président : M. BERGER, *professeur*

Jury { *professeur* : M. POLAILLON.
{ *agrégés* : MM. LEJARS et CHASSEVANT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le 24 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Jules-Henri PIGEONNAT
Né à Vermenton (Yonne), le 20 février 1865
Licencié ès-sciences naturelles

Contribution à la Thérapeutique chirurgicale

DES

GROS FIBROMES UTÉRINS

(Hystérectomie abdominale : méthode rétro-péritonéale)

Président : M. BERGER, *professeur*

Jury { *professeur* : M. POLAILLON.
{ *agrégés* : MM. LEJARS et CHASSEVANT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	**MM.**
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie . . .	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. .	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux . . .	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TILLAUX. BERGER. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires . . .	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THOINOT.
ANDRÉ	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	WALTHER.
BROCA.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
CHASSEVANT.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	
DELBET.			

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MES ONCLES & A MES TANTES

A MONSIEUR THEURIOT

A MES PROFESSEURS

Que M. le Professeur Berger nous permette tout d'abord de lui exprimer notre gratitude pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes aussi très heureux de pouvoir dire toute notre reconnaissance à M. le docteur Potherat, chirurgien des hôpitaux. C'est sous son inspiration que nous avons entrepris ce travail pour lequel il a mis à notre disposition, avec la plus grande obligeance, renseignements et observations.

Nous tenons également à rendre hommage aux maîtres qui ont contribué à notre instruction médico-chirurgicale : à MM. les docteurs Guyot et Rigal, médecins à l'hôpital Beaujon; à M. le docteur Th. Anger, chirurgien au même hôpital; à M. le docteur Bar, professeur agrégé d'obstétrique à la Faculté, et enfin à notre regretté maître Constantin Paul, dont l'enseignement restera notre meilleur guide et dont nous conserverons précieusement le souvenir.

INTRODUCTION

L'ablation du fibrome de l'utérus n'est pas toujours praticable.

Le grand âge de la malade, dit Dubourg de Bordeaux, son état de faiblesse, des adhérences profondes et étendues sont des causes d'abstention.

De même lorsque l'âge se rapproche de la ménopause, lorsque le développement du fibrome est lent et les accidents supportables.

Mais on ne saurait dire aujourd'hui avec Spencer Wells : « Toutes les fois qu'un chirurgien, croyant opérer un kyste de l'ovaire, se trouve en présence d'un fibrome de l'utérus, il doit se hâter de refermer le ventre, l'ablation étant impossible ou mortelle. »

Bouilly opère le fibrome à évolution rapide, lorsqu'ayant atteint un certain volume, il constitue une difformité qui rend le sujet inapte à toute occupation professionnelle; lorsqu'il exerce une compression douloureuse du côté de la vessie et du rectum; lorsqu'enfin se produisent des hémorragies, des dégénérescences, du sphacèle, de l'ascite. Encore faut-il que la tumeur ne soit point trop volumineuse et qu'elle n'ait pas encore

eu le temps d'épuiser les forces de la malade, pour que l'intervention du chirurgien donne de bons résultats.

L'opération peut alors se pratiquer, facilitée d'ailleurs maintenant et améliorée par l'antisepsie et l'asepsie, par le perfectionnement de l'hémostase et des différents détails opératoires.

Supposons donc une malade possédant une tumeur fibreuse en pleine évolution. Quel procédé choisir pour l'ablation.

Nous avons pour les fibromes petits ou moyens :

1° *La castration tubo-ovarienne*, car dans le cas contraire les annexes changées de rapports sont difficiles à trouver et à pédiculiser, les manœuvres longues et difficiles ;

2° *L'énucléation* soit par voie abdominale avec suture indépendante ou fixation de la loge utérine à la plaie, soit par voie vaginale (opération d'Amussat rajeunie).

La première ne peut s'appliquer qu'à un petit nombre de cas et ne soutient pas la comparaison avec les méthodes perfectionnées d'hystérectomie.

La seconde convient aux tumeurs uniques, de volume modéré, saillantes vers la cavité utérine.

3° *L'hystérectomie vaginale* par morcellement dont l'indication ressort aussi du siège : fibrome dans le segment inférieur de l'utérus, enclavé dans le petit bassin.

Nous ne nous occuperons pas de ces procédés. Nous ne voulons traiter en effet, que des gros fibromes, c'est-à-dire de ceux qui se développent tout entiers au-dessus du détroit supérieur et semblent soulever l'utérus.

A ces derniers doit être appliquée l'hystérectomie abdominale.

Toutefois nous laisserons de côté l'ablation simple des corps fibreux pédiculés, qui diffère à peine de l'ovariotomie et ne parlerons que des fibromes inséparables de l'utérus et qu'il faut enlever avec lui.

Ici les opinions divergent : beaucoup de chirurgiens abandonnent le pédicule utérin dans la cavité péritonéale, comme pour l'ovariotomie. C'est la méthode intra-péritonéale. D'autres l'abandonnent également, mais le recouvrent de lambeaux péritonéaux, de sorte qu'il devient rétro-péritonéal.

Certains, n'osent le faire et le fixent à la paroi abdominale, où il est l'objet d'une plus grande surveillance : c'est la méthode extra péritonéale.

Enfin, pour éviter cette question du pédicule, quelques-uns le suppriment et font l'hystérectomie totale Dans le présent travail, après avoir fait l'historique de la question, nous exposerons les différents procédés opératoires, puis dans une critique nous analyserons les avantages et les inconvénients de chaque méthode.

Nous insisterons sur ce point qu'il ne doit pas, en thèse générale, y avoir de procédé de choix, que les méthodes doivent être subordonnées aux cas se présentant, et que, s'il fallait véritablement choisir un procédé, nous donnerions nos préférences au pédicule rétro-péritonéal.

HISTORIQUE

Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, dit que l'hystérectomie est le produit d'erreurs de diagnostic.

Lizars (1825), Dieffenbach (1826), Atlée (1849-1851), Mussey Smith, croyant opérer une tumeur supposée ovarique se trouvèrent en présence de corps fibreux de l'utérus. L'opération étant inconnue, ils refermèrent le ventre.

Mais, en 1844, Atlée et Lane réussirent à opérer des fibromes sous-séreux pédiculés.

Puis Clay et Heah, en 1843, Burnham en 1853, firent les premières amputations partielles de l'utérus. Kimball, de Boston, en 1855, serait le premier qui de propos délibéré aurait fait l'hystérectomie.

Kœberlé viendrait le second en 1863. Il donna une technique opératoire, lia le pédicule avec un fil métallique et un serre-nœud.

Péan fait de même en 1869 et en 1870 il présente à l'Académie de Médecine, une maladé qu'il avait guérie.

En 1873 il publie avec Urdy : « *Hystérotomie, de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie.* »

Kleeberg, d'Odessa (1876), remplace le fil métallique par la ligature élastique temporaire.

Martin, au Congrès de Cassel (1878), recommande systématiquement la ligature élastique provisoire.

Hégar l'applique à la ligature définitive du pédicule. Ainsi sont fixées les règles générales de la méthode extra-péritonéale. Le pédicule est attiré dans l'angle inférieur de la plaie abdominale où des broches le transpercent et le maintiennent appliqué.

Puis arrivent les perfectionnements :

Pozzi unit le péritoine pariétal de la plaie abdominale à la séreuse du pédicule par une suture continue au catgut et au-dessous de la ligature élastique.

Hegar fait les points de suture isolés.

Doléris évide le pédicule en un cône allongé, obtient une longue collerette qu'il cautérise au thermo-cautère et qu'il transperce par des broches. Il suture à la soie les bords libres de la collerette.

La méthode française de Kœberlé et de Péan, modifiée par Hegar, donnait d'assez bons résultats : les chirurgiens s'en tenaient à la méthode extra-péritonéale.

Mais le pédicule pouvait être trop gros, trop court. D'où les procédés de :

Wölfler (1884), et Hacher, de Vienne, qui suppriment les broches, suspendent le pédicule aux parois abdominales de telle sorte que son sommet affleure la partie profonde de la plaie abdominale.

Sänger qui donne un procédé à peu prés identique.

Avec ces opérateurs, par la plaie incomplètement fermée on pouvait surveiller le moignon.

Mais la large surface du pédicule était une porte ouverte à la septicémie. La lenteur de la cicatrisation, le trajet fistuleux, les éventrations, étaient autant de difficultés à vaincre.

Alors s'imposa la méthode intra-péritonéale à laquelle Schroeder attacha son nom.

Schoreder, au Congrès de Cassel (1878), décrit sa méthode. Au Congrès de Salzbourg (1881), il fixe son manuel opératoire.

Olshausen (1884), imagine la ligature élastique perdue. La méthode fut d'abord suivie, puis le caoutchouc fut remplacé par la ligature à la soie.

Zweifel (1888-1889), évide son moignon comme Schroeder, mais fait deux lambeaux, l'un l'antérieur, l'autre postérieur.

Tout cela pour assurer l'hémostase et l'isolement du pédicule dans la cavité péritonéale. Cet isolement n'est pas encore parfait.

Goffe (1), de New-York, en dissociant la face postérieure de la vessie, obtint un large lambeau qu'il replia sur le pédicule après cautérisation à l'acide phénique et le sutura solidement. Il fit quatre opérations, il obtint quatre succès.

Le procédé rétro-péritonéal était trouvé.

Heywood Smith (2) décrit la méthode de Goffe et de

---

(1) *Am. J. of Obs.*, avril 1890 (*Revue américaine d'obst et de gyn.*).

(2) *Brit. méd. J.*, 19 mars 1892. Communication à la Société ang. de gynéc. (séance du 11 février 1892).

Milton, du Caire. Il insiste sur la taille des lambeaux qu'il faut faire assez larges; sur la ligature directe des vaisseaux, si possible; sur la réunion de l'ouverture péritonéale par une suture continue au catgut, en employant au niveau du prédicule le procédé de Lemberg pour la suture des intestins.

Byford (1) détache le péritoine vésical, le péritoine rectal, les sutures au-dessus du moignon qui inversé dans le vagin, est pansé à la gaze indoformée. Il fit huit opérations, eut sept succès.

Chrobach (2) isole le moignon à l'aide de deux lambeaux formés par le revêtement péritonéal de l'utérus et de la tumeur. Le lambeau antérieur est le plus grand. Les lambeaux sont taillés après le traitement individuel des ligaments larges. Il fit dix-sept opérations, obtint dix-sept guérisons. Potherat fait également le lambeau antérieur plus grand. Richelot ne fait qu'un seul lambeau antérieur. Il prend les ligaments larges avec la ligature. Dans vingt et un cas, il eut deux décès.

Milton, du Caire, fit deux lambeaux, l'antérieur étant le plus petit.

Toutes ces méthodes suppriment les inconvénients du pédicule extra-péritonéal; mais surgissent d'autres difficultés : hémorragie due au relâchement de la ligature élastique, sphacèle du pédicule déterminant une péritonite septique. Les revêtements péritonéaux eux-

---

(1) Méthode dans l'*Américain J. of Oobs.* d'oct. 1890.
(2) *Central. für Gynæko.*, n° 35, 29 août 1891.

mêmes ne sont pas une protection suffisante pour quelques-uns.

Les dangers viennent donc du moignon, comme le faisait remarquer Martin, dans sa communication au Congrès international de Rome. Il faut alors le supprimer.

On arrive ainsi à l'hystérectomie totale.

Dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* de 1892, Péan nous apprend qu'il a fait une hystérectomie totale pour fibromes par les deux voies abdominale et vaginale, dès l'année 1868.

D'après Otto Thelen (*Centr. F. Gyn.*, 1891), c'est Bardenheuer qui, le premier, fit cette opération (1881).

Après avoir dégagé le pédicule de ses attaches, il propose de l'enlever soit par le vagin soit par l'abdomen, principalement par cette dernière voie.

Il vit le parti que l'on pouvait tirer du drainage vaginal et conseilla de faire descendre les ligaments larges par le vagin en les liant fortement.

Mais ce sont surtout Martin et Chrobach qui se sont attachés à perfectionner les premiers cette opération.

Martin (1887) fit trente fois cette opération et n'accuse qu'un décès.

En 1889, il défend devant la réunion des naturalistes allemands, à Heidelberg, le procédé de Bardenheuer.

En 1890, Crofford fit l'hystérectomie abdomino-vaginale.

Puis vinrent :

Chrobach (1891) ;

Bouilly (1891), qui opère un fibrome compliqué de cancer du col;

Guermonprez (1891), qui fit une opération uniquement par l'abdomen;

Gouillioud (de Lyon, 1891) donne une technique.

1er temps. — Ligature élastique, section de l'utérus, cautérisation de la cavité cervicale, surjet péritonéal pour fermer la grande cavité péritonéale.

2e temps. — Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale, abaissement du pédicule, section de la muqueuse vaginale : décollement de la vessie, ouverture du cul-de-sac postérieur, pinces longuettes sur les ligaments larges, extirpation du pédicule utérin.

3e temps. — Achèvement de la suture de la paroi abdominale.

Mais cette méthode n'a pas encore un manuel opératoire nettement défini.

Les uns, avec Péan, font l'hystérectomie abdomino-vaginale : dans un premier temps, résection abdominale du fibrome; dans un second, extirpation du pédicule par le vagin.

D'autres, Martin, Chrobach en Allemagne; Guermonprez, Doyen en France, enlèvent tout l'utérus fibromateux par l'abdomen et font l'hystérectomie abdominale totale.

Ici encore, le procédé varie : Martin, Chrobach font l'opération en deux temps, avec ligature élastique provisoire.

Guermomprez, Doyen en un temps, sans ligature élastique.

Telles sont les phases successives parcourues par l'hystérectomie.

A vrai dire, l'hystérectomie totale, de quelque façon qu'on la pratique, semble la seule rationnelle, puisqu'elle supprime le pédicule que laissent subsister les autres méthodes.

Toutefois, bien que les statistiques données soient favorables, on ne saurait encore l'appliquer sans danger.

Le chirurgien devra donc rester éclectique et emprunter, selon le cas, ce qu'elles ont de bon aux autres méthodes moins hardies sans doute, mais peut-être jusqu'ici plus heureuses.

EXPOSÉ DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Nous exposerons succinctement les différentes méthodes :

1° Pédicule fixé à l'extérieur (méthode extra-péritonéale;

2° Pédicule rentré { a) méthode intra-péritonéale; b) méthode rétro-péritonéale;

3° Méthode mixte;

4° Pédicule enlevé : hystérectomie totale.

Les premiers temps des opérations extra et intra-péritonéales sont identiques :

1° Ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane au niveau de la ligne blanche. L'incision sera assez longue pour permettre d'attirer le corps fibreux au dehors. Au besoin, elle devra être prolongée en passant à gauche de la cicatrice ombilicale ;

2° Veiller à ne pas blesser la vessie, cet organe est parfois fort élevé au-dessus de la symphyse pubienne, lorsque la tumeur est développée à la face antérieure de l'utérus;

3° Dégager l'utérus, l'incision transversale des muscles droits est rarement nécessaire. La tumeur est attirée au dehors avec les mains et on ferme la cavité pé-

ritonéale avec des éponges aseptiques et de la gaze. S'il existe des adhérences, elles seront sectionnées entre deux ligatures;

4° Sectionner les ligaments larges entre une chaîne de doubles ligatures;

5° Appliquer la ligature élastique;

6° Enlever les annexes, opération parfois omise par ceux qui croient à l'atrophie de ces organes. Cependant Péan, Kœberlé ont signalé des hématocèles pelviennes. Kœberlé, une grossesse extra utérine. Du reste, Grammitaki, de Saint-Pétersbourg, a démontré que les ovaires continuaient à fonctionner;

7° Sectionner la tumeur à deux travers de doigt de la ligature.

I. — MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE.

Après avoir lié les vaisseaux béants, on maintient le moignon au dehors par les pinces de Museux et l'on fait la toilette du péritoine.

La ligature élastique provisoire peut suffire si elle n'est pas placée trop bas. Si le pédicule est gros, on pourrait, avec Hegar, le lier en deux moitiés par un double lien élastique à l'aide de l'aiguille de Kaltenbach.

Il est plus simple de faire un tour supplémentaire à ce lien.

Les deux chefs de la ligature sont réunis par un double nœud de chirurgien à la soie forte.

On suture le péritoine en collerette autour du pédicule et au-dessous du lien élastique (Hegar). Les moignons des ligaments larges sont compris dans cette suture.

La collerette péritonéale étant fixée, on continue la suture isolée du péritoine dans toute la longueur de l'incision abdominale.

Le pédicule est traversé par deux broches en X au-dessus de la ligature.

La surface du moignon est cautérisée au thermocautère.

Hegar, Kaltenbach, touchaient primitivement le moignon au chlorure de zinc à 50 0/0 et pansaient à la gaze iodoformée.

Ils employèrent depuis un mélange de trois parties de tanin et une partie d'acide salicylique.

Pozzi préconise cinq parties de tanin pour une partie d'iodoforme; le pédicule se momifie d'un seul coup et en masse.

II. — MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE.

Le moignon formé est rentré dans l'abdomen comme celui de l'ovariotomie.

Nous distinguons les procédés de :

Schroeder;
Olshausen;
Zweifel;
Chaput.

a) *Technique de Schroeder.* — Le fibrome enlevé, on taille en coin le moignon et on l'évide. On lie les vaisseaux béants au catgut et on procède à la destruction de la muqueuse, car l'ouverture de la cavité utérine est une cause de septicémie.

Martin, cependant, lui a attribué peu d'importance (Czempin, assistant de Martin, *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XIV, Heft 1, p. 228), mais Hofmeier a établi ce fait, car :

Pour 21 opérées sans ouverture, il donne 2 décès, et pour 59 opérées avec ouverture, 18 décès.

Olshausen dissèque et enlève cette muqueuse, et cautérise avec une solution forte d'acide phénique à 10 0/0, ou avec le thermo-cautère de Paquelin.

Les bords de la cupule sero-musculaire sont ensuite affrontés par une suture continue à plans superposés au catgut.

On place quelques points de suture de soutien à la soie dans l'épaisseur de la plaie.

b) *Ligature élastique perdue* (*Olshausen*). — On étire le cordon de caoutchouc, on croise les deux chefs en avant, on les fixe au moyen d'un clamp et l'on enlève la masse fibreuse ; — la ligature est ensuite serrée davantage, les chefs unis par un fil de soie et le clamp enlevé.

On détruit la muqueuse utérine par le thermo-cautère et l'on abandonne le pédicule.

Celui-ci ne se mortifie pas, il a une nutrition obscure, subit une nécrobiose granulo-graisseuse.

Souvent la suppuration se produit et alors la ligature s'élimine.

c) *Ligatures partielles juxtaposées* (*Zweifel*). — Cette méthode assure mieux l'hémostase que celle de Schroeder.

Les ligaments larges sont liés à la soie désinfectée par une série de sutures partielles. On les coupe. On pose le lien élastique sur les extrémités relevées des deux fils de soie, les plus voisins de l'utérus.

On évide le moignon en ménageant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur.

On cautérise au thermo-cautère et les deux lambeaux sont affrontés par des ligatures partielles juxtaposées au-dessus du lien élastique. Ces ligatures sont faites avec les extrémités des fils de soie qui ont servi aux ligaments larges.

Une suture superficielle au catgut unit ensuite le revêtement péritonéal.

d) *Procédé de Chaput.* — Chaput traite le moignon utérin comme on traite un moignon d'amputation, par la ligature directe des vaisseaux. Le tissu utérin étant dur et adhérent aux parois vasculaires, il est obligé de découper autour, un prisme charnu avant de faire la ligature.

Il désinfecte le canal utérin par la cautérisation au thermo-cautère, touche à la teinture d'iode; établit un drainage par le vagin avec une mèche de gaze iodoformée; passe un fil à travers la partie postérieure du pédicule, les deux chefs étant utilisés ensuite pour la suture de la paroi abdominale.

Le pédicule est appliqué derrière la paroi avec laquelle il prend des adhérences.

Une mèche de gaze iodoformée est placée à la partie inférieure de l'incision, allant jusqu'au moignon.

Sur huit opérées, il eut six guérisons.

III. — MÉTHODE RÉTRO-PÉRITONÉALE.

Dans les procédés ci-dessus, le pédicule est véritablement intra-péritonéal — et peut être accusé de donner des hémorragies et la septicémie.

Pour obvier à ces inconvénients, mais néanmoins conserver les avantages de la méthode, certains chirurgiens rentrent bien le pédicule, mais le protègent par un revêtement péritonéal.

Le moignon est intra-abdominal, mais rétro-péritonéal.

Goffe, Chrobach, Richelot, emploient la ligature élastique provisoire.

Milton (du Caire), Potherat ne l'emploient pas.

Nous décrirons successivement les procédés de Chrobach et de Richelot, puis ceux de Milton, et de Potherat.

1° *Avec ligature élastique provisoire.*

a) *Procédé de Chrobach.* — Après l'hémostase définitive de l'étage supérieur des ligaments larges et des ligaments infundibulo-pelviens, la libération de la tu-

meur sur ses faces latéro-supérieures par section en dedans des ligaments, il confectionne deux lambeaux péritonéaux; la vessie et le rectum sont décollés. Les lambeaux sont assez grands pour fermer l'excavation, ils sont décollés jusqu'aux insertions vaginales.

Le lambeau antérieur est le plus grand.

L'hémostase provisoire est faite par le lien élastique et la tumeur est enlevée.

L'hémostase définitive du pédicule est faite indirectement par une ligature bilatérale des artères utérines, sans ligature du moignon lui-même. L'artère utérine est liée de chaque côté à l'endroit où elle affleure la voûte vaginale.

Il cautérise, puis met une mèche de gaze iodoformée dans le col. Les lambeaux sont rapprochés et suturés par sutures séro-séreuses. La cavité péritonéale est fermée et le moignon est en dehors.

b) *Procédé de Richelot.* — La masse fibreuse est attirée au dehors avec les mains et des pinces à traction. Un lambeau péritonéal est taillé sur la face antérieure de la tumeur, suffisant pour recouvrir ultérieurement la surface du pédicule. Le lambeau est décollé avec le doigt et tombe dans le petit bassin; la vessie est hors d'atteinte.

Le lien élastique est placé au-dessous des annexes et attaché avec le clamp de Segond sur la face antérieure dénudée. Après l'ablation de la tumeur, un long fil double est passé avec une aiguille à travers le pédicule au-dessous du lien élastique; il est noué à droite et à gau-

che, ce qui fait une ligature en chaîne, et un fil de sûreté embrasse tout le moignon.

Après cautérisation, le lambeau péritonéal est uni au bord postérieur du moignon par un surjet au catgut. Ce procédé se rapproche de celui imaginé par Chrobach où il y a deux lambeaux.

2° *Sans ligature élastique provisoire.*

a) *Procédé de Milton.* — Il fait l'hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges et libère la tumeur sur les faces latérales et supérieure, confectionne deux lambeaux péritonéaux et décolle la vessie et le rectum : une incision en croissant passe à un demi-pouce au-dessus de la vessie en avant; la lèvre inférieure de l'incision est ensuite disséquée et décollée pour séparer la vessie ; même manœuvre en arrière.

Le lambeau antérieur est très court, il est formé par la face postérieure de la vessie.

Pour faire l'hémostase définitive, il lie séparément l'artère utéro-ovarienne, puis l'artère utérine.

L'ablation de la tumeur est faite au niveau de l'isthme. Il excise la muqueuse cervicale, coud sur un plan profond les parties avivées du canal cervical, puis sur un plan superficiel, les deux lambeaux péritonéaux.

Dans cette opération, l'hémostase est faite d'une façon indirecte par l'artère utérine et non directement par les vaisseaux du pédicule.

b) *Procédé de Potherat.* — Cette méthode, dans la pratique de M. le Dr Potherat, comprend les différents temps suivants :

1° *Laparotomie.* — L'abdomen est incisé au niveau de la ligne blanche; l'incision doit d'emblée remonter jusqu'à l'ombilic et même le dépasser puisqu'il s'agit d'un fibrome très volumineux. Le ventre ouvert, les lèvres de l'incision sont maintenues par des pinces hémostatiques fixées sur le péritoine, puis l'opérateur refoule en haut et latéralement les anses intestinales, s'il s'en présente, après les avoir recouvertes de compresses aseptiques en toile ou mieux en tarlatane.

2° *Extraction du fibrome.* — L'opérateur alors fait avec la main le tour de la masse à enlever, il en apprécie complètement le volume, les contours, les connexions. Il juge ainsi si l'ouverture abdominale est suffisante pour donner passage à cette masse; dans le cas contraire, il l'agrandit par en haut. Il agrippe alors fortement le néoplasme avec de fortes pinces à dents (pinces à abaissement de l'hystérectomie vaginale), et pendant que son aide presse sur les flancs pour aider à la sortie, il amène la masse au dehors. Immédiatement des compresses aseptiques maintenues par des pinces, viennent recouvrir en haut les anses intestinales qui envahissent la place laissée libre. Dans quelques cas, où la pédiculisation est facile, simple, on peut, de suite, fermer une partie de l'incison en haut, ce qui met plus efficacement à l'abri les anses intestinales.

A ce moment, suivant que le pédicule utérin est difficilement ou facilement accessible, la malade est pla-

cée dans la position inclinée, la tête en bas, ou laissée dans le décubitus horizontal.

3° *Pédiculisation.* — Sur les flancs de la masse fibromateuse apparaissent les annexes de l'utérus. L'opérateur les saisit entre les doigts et place deux pinces à longs mors de la manière suivante : la première, verticale de haut en bas, s'applique sur les deux faces antérieure et postérieure du ligament large, immédiatement au contact du fibrome d'abord, du bord utérin, ensuite; l'autre obliquement dirigée de haut en bas, de dehors en dedans, enserre de la même façon le ligament large, mais suivant un axe oblique, passant *en dehors*, de la trompe et de l'ovaire. L'extrémité de cette deuxième pince vient au contact de l'extrémité de la première. Ceci fait, le chirurgien incise suivant ses bords latéraux le V circonscrit entre les deux pinces, et enlève ainsi la trompe et l'ovaire. La même manœuvre est faite sur les annexes opposées. Alors l'utérus et la masse fibromateuse qui en dépend, ne tiennent plus que par les insertions vaginales, et le pédicule formé par les tissus qui environnent l'artère utérine. Mais, l'organe lui même forme un pédicule répondant à l'isthme et qui est toujours d'un volume peu considérable.

S'il existait des fibromes intra-ligamenteux, ils auraient été énucléés au préalable (Obs. V).

A ce moment l'opérateur dissèque d'abord sur la face antérieure, puis sur la face postérieure de la masse, un lambeau péritonéal, qu'après décollement il maintient rabattu à l'aide d'une pince en T.

A ce moment le pédicule est constitué.

4° *Section et ablation.* — Un double fil de soie est passé sur le ligament large, au-delà de la pince oblique, et après entrecroisement, deux nœuds enserrent ce ligament, l'un supérieur, l'autre inférieur, allant jusqu'au bord utérin ; les deux pinces obliques peuvent alors être enlevées. Un fil simple, de soie plate et forte, est alors, de chaque côté, placé à travers le bord utérin, et lié de manière à arrêter ou tout au moins diminuer considérablement l'apport du sang de l'artère utérine. On peut alors, sans inconvénient, sectionner rapidement avec un bistouri, un couteau ou des ciseaux, le pédicule utérin et enlever toute la masse en évitant de laisser tomber dans le ventre les sécrétions qui pourraient s'en écouler. Les pinces verticales s'en vont avec la masse.

5° *Préparation et suture du moignon.* — De l'utérus il ne reste plus qu'un moignon peu ou pas saignant, avec un orifice utérin plus ou moins central ayant en avant et en arrière un tablier péritonéal éversé, et sur ses flancs la suture des ligaments larges. Avec des pinces à disséquer et un bistouri, ce moignon est excavé en V avec berge antérieure et berge postérieure ; au fond, le trou du canal utérin. D'un coup de bistouri, le chirurgien excise le plus loin possible la muqueuse de ce conduit et même une portion de musculeuse, puis il passe au pourtour du trou ainsi formé un fil de soie, qui, *serré en bourse, ferme complètement l'orifice utérin par en haut,* en accolant des parois qui, avivées, pourront s'unir. Rapidement alors, à l'aide de points séparés à la soie ou au catgut asep-

tique, ou par un surjet, la berge antérieure du V utérin est unie à la lèvre postérieure; après quoi les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur sont ramenés par dessus la ligne de suture du précédent moignon utérin, et unis par une suture séro-séreuse. Il est bon de faire en sorte que cette suture ne réponde pas exactement à la suture utérine, mais qu'elle soit par rapport à celle-ci antérieure ou mieux postérieure, ce qui est toujours facile.

Ceci fait, l'opération proprement dite est achevée; il ne reste plus qu'à faire la toilette du petit bassin et à refermer le ventre par un triple plan de suture, séro-séreuse, musculo-aponévrotique et cutanée, celle-ci aux crins de Florence.

Il est dans le procédé que nous venons de décrire, d'après M. le Dr Potherat, plusieurs points qu'il importe de bien mettre en relief. D'abord à aucun moment l'opérateur n'a recours à la ligature élastique, même temporaire. Il n'enserre pas non plus le pédicule dans deux à trois anses à la soie qui ont l'avantage d'arrêter la circulation, mais s'infectent en passant à travers le canal utérin, et en tous cas isolent, au-dessus de cette ligature, une portion de ce canal qui, enfermée dans le moignon utérin, pourra l'infecter. Au contraire, le canal utérin est fermé nettement à sa partie supérieure, mais il reste ouvert par en bas du côté du vagin, vers lequel toutes les sécrétions trouveront une issue facile. La ligature latérale du moignon suffit à en assurer l'hémostase.

Ainsi pratiquée, l'hystérectomie supra-vaginale,

rétro-péritonéale, nous paraît réaliser le maximum de sécurité. A aucun moment de l'opération, l'abdomen, protégé par des compresses, n'a pu être infecté; consécutivement, la fermeture du canal utérin d'abord, la suture du tissu utérin à lui-même au-dessus ensuite, enfin, la couverture de péritoine, sont autant de barrières qui le mettent à l'abri. Le vagin reste définitivement fermé et ne peut donc infecter le péritoine; l'uretère est à l'abri de toute atteinte; la perte de sang est minime; enfin, le *ventre se trouve fermé de toutes parts.* Nous ne croyons pas qu'aucune autre méthode puisse offrir des avantages aussi nombreux et aussi certains. Les hystérectomies partielles sont considérées comme plus simples que les hystérectomies abdominales totales; mais on leur reproche les dangers du moignon; si ce danger du moignon peut être évité, le reproche tombera de lui-même; or, le procédé que nous venons de décrire réalise cette innocuité; on le comprend aisément à la description, et les faits le démontrent péremptoirement. Ce procédé constitue donc un réel progrès.

IV. — MÉTHODE MIXTE

La méthode mixte a pour point de départ l'impossibilité de fixer au dehors des pédicules trop courts et la crainte qu'on avait de les abandonner franchement dans l'abdomen.

Procédé de Wölfler et de Hacker (de Vienne). — Le

pédicule est suturé selon Schroeder, puis on le laisse descendre, le sommet au niveau de la surface profonde de la plaie.

On passe à droite et à gauche un fil de soie phéniquée qui traverse les couches superficielles du pédicule, puis les parois de l'abdomen.

Les anses sont liées sur de petits rouleaux de gaze iodoformée de façon à attirer la surface du moignon entre les lèvres de la plaie abdominale.

Le péritoine pariétal est suturé au pourtour du moignon qui se trouve ainsi extra-péritonéal et juxta-pariétal.

La suture des parois abdominales ne laisse que la place nécessaire pour le passage d'une bandelette de gaze iodoformée et d'un drain qu'on insinue jusque sur le moignon.

V. — HYSTÉRECTOMIE TOTALE

L'ablation totale de l'utérus peut être faite soit seulement par l'abdomen, soit par la voie combinée de l'abdomen et du vagin. De là trois procédés : l'hystérectomie abdominable totale, l'hystérectomie abdomino-vaginale, l'hystérectomie vagino-abdominale ; les deux derniers procédés selon que les manipulations vaginales ont lieu à la fin ou au commencent de l'opération.

a) *Hystérectomie vagino-abdominale* — C'est la méthode de Bardenheuer ; Boldt; Rouffart (de Bruxelles).

Voici le procédé de Rouffart :

1° Libération du col utérin ; après l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur, il remonte en avant aussi haut que possible dans le décollement de la vessie.

2° Placement des pinces sur les ligaments larges qui sont sectionnés à ce moment dans toute l'étendué de la partie pincée, le long des bords de l'utérus.

Un tamponnement ferme le vagin.

3° Laparatomie. — Section de la partie supérieure des ligaments larges le long des pinces si tout le ligament a été pincé, sinon entre deux ligatures, l'extrémité du ligament ayant échappé.

4° Fermeture de la plaie abdominale.

b) *Hystérectomie abdomino-vaginale.* — Préconisé par Martin en Allemagne, Péan en France.

Martin fait maintenant l'ablation totale.

Voici le procédé de Péan :

Après l'ouverture de l'abdomen, il attire la tumeur au dehors avec un trocart long et courbe ; pose un lien en caoutchouc et le fixe par des pinces à mors longuets ; résèque la tumeur, dégage la vessie et le rectum ; place ensuite, soit au-dessus, fait au-dessous du lien, suivant le cas, un fil métallique qu'il serre et tend à l'aide d'un ligateur ; résèque le moignon aussi près que possible du lien métallique en ayant soin d'évider la muqueuse afin de diminuer le volume du pédicule, sans exposer cependant ce lien à l'abandonner par glissement ; réduit le moignon, et ferme par une suture la plaie abdominale.

Il enlève ensuite par la voie vaginale le col, le moi-

gnon et le lien, en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement.

c) *Hystérectomie abdominale totale.* — Nous décrirons successivement plusieurs procédés.

Les uns font l'hystérectomie totale en deux temps avec ligature élastique provisoire (Chrobach, Martin). Les autres font cette opération en un temps sans ligature élastique (Guermonprez, Doyen).

Le Bec, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, fait une combinaison des procédés employés par Martin, Chrobach, Guermonprez, Doyen.

Procédé de Chrobach. — Il procéde à la ligature des ligaments larges, puis fait une section transversale du péritoine au dessus du cul-de sac vésico-utérin (à deux ou trois travers de doigt). De même, en arrière et à la même hauteur au-dessus du cul-de-sac de Douglas ; dissèque les deux lambeaux péritonéaux qui doivent être assez grands pour fermer exactement l'excavation pelvienne ; libère la vessie et le rectum, pose un lien élastigue, et fait l'ablation de la tumeur.

Après cautérisation, il introduit dans le vagin l'instrument qu'il a imaginé et qui est une forte sonde malléable présentant à son extrémité une pièce transversale avec encoche sur son bord supérieur.

Il incise le cul-de-sac postérieur à ce niveau, tout contre le col. Les ligaments larges incisés, il ouvre le cul-de-sac antérieur. Chrobach suture le vagin et fait la suture transversale séro-séreuse des deux lambeaux péritonéaux.

Sur 17 opérées, il a eu 17 guérisons.

Procédé de Martin. — Après la laparatomie, la tumeur est attirée hors de l'abdomen. Un lien constricteur est posé sur le col.

Le ligament infundibulo-pelvien est lié et des ligatures isolées sont placées au dessous des annexes sur les gros plexus veineux. Après l'ablation de la tumeur au-dessus du lien, il ouvre le cul de-sac postérieur, un doigt d'un aide introduit dans le vagin servant de guide. (L'incision est faite sur la face postérieure du col).

Des sutures réunissent la tranche vaginale à l'incision péritonéale ; — même conduite sur les côtés et en avant.

Le col est retiré par l'abdomen, et il fait une suture continue au catgut.

Il draine le vagin s'il est nécessaire, et ferme la plaie abdominale.

Procédé de Guermonprez. — Il pose le plus près possible de l'utérus sur les ligaments larges, deux pinces clamps à droite et à gauche jusqu'à la vessie. Il sectionne aux ciseaux ces ligaments, ce qui libère la tumeur.

Le péritoine vésico-utérin est coupé transversalement et les deux organes sont séparés au moyen des doigts et du bistouri. Ce temps opératoire est prolongé jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche.

Il transfixe la limite supérieure du vagin sur la ligne médiane et suivant le plan antéro-postérieur à l'aide d'une sonde cannelée qui sort par le cul-de-sac de Douglas.

Par cette boutonnière, il introduit à droite et à gauche une pince clamp pour assurer l'hémostase des artères utérines, puis il sectionne au-dessus de ces pinces

le dôme vaginal avec des ciseaux. Il assure enfin la ligature des différentes artères par des fils de soie.

Péan, dans la séance de l'Académie de-Médecine, du 7 juin 1892, dit qu'il exécutait de longue date ce temps de dégagement.

Procédé de Doyen. — La tumeur est sortie et rabattue sur pubis, puis le péritoine est incisé depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur le point le plus saillant de la tumeur.

Le cul-de-sac postérieur est ouvert de haut en bas sur une longue pince courbe introduite dans le vagin.

Le péritoine est alors vivement sectionné sur toute la surface de la tumeur, de façon que la section en forme de raquette et partant, pour y revenir, de la section longitudinale postérieure de la séreuse, suive à peu près l'équateur de la tumeur et passe latéralement au-dessus des annexes et en avant, très loin de la vessie.

Un aide maintient le ligament large gauche tendu ; celui-ci est détaché de l'utérus en rasant le bord utérin et en laissant en dehors de la section l'arcade artérielle.

Une ligature placée au-dessous des annexes suffit pour l'hémostase. La séreuse est décollée des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament large est détaché et lié.

Il libère ensuite dans la profondeur le col utérin dont le museau de tanche apparaît par le cul-de-sac postérieur.

Les fils qui assurent l'hémostase des pédicules latéraux sont passés dans le vagin ainsi que la collerette péritonéale. L'hémostase définitive des ligaments lar-

ges est pratiquée à l'aide de deux pinces à mors élastiques placées à la vulve. Après toilette péritonéale, il tamponne le vagin, place un drain au besoin et ferme par un surjet le péritoine pelvien.

Ce procédé avait un grave inconvénient : la collerette retournée dans le vagin étant pincée définitivement par deux pinces hémostatiques est destinée à se sphacéler dans la partie pincée. C'est une menace d'infection lors de la formation des eschares.

Doyen a modifisé sa méthode (Thèse de Gentilhomme). Il supprime les pinces vaginales : un aide maintient entre ses doigts les ligaments larges pendant leur section. Les artères sont pincées, liées à ciel ouvert comme on l'aurait fait dans une amputation du sein.

Il enlève ensuite trompes et ovaires.

Les fils à ligatures passés par le vagin entraînent avec eux le revêtement séreux dont ils rapprochent les bords opposés qu'on ferme à la façon d'une bourse par un surjet. Au-dessus de ce premier plan qu'une traction sur les fils vaginaux rend plus profond, on place un deuxième surjet.

Ce procédé diffère donc du premier : 1° par la suppression des pinces vaginales ; 2° par la fermeture absolue du péritoine.

Procédé de Le Bec. — Il est basé sur l'état anatomique des ligaments larges. Les vaisseaux forment deux groupes distincts. Pour les voir il suffit de tendre en dehors le ligament large : 1° un groupe externe et supérieur comprenant les vaisseaux utéro ovariens ; 2° un groupe interne et inférieur accolé à l'utérus et situé

à la base du ligament (vaisseaux utérins). Entre ces deux groupes existe un espace celluleux, mince. C'est dans cet espace que passeront les fils qui vont serrer les vaisseaux utéro-ovariens.

La tumeur est sortie du ventre, et deux gros fils de soie sont passés dans l'espace celluleux. Le premier étreint les vaissseaux utéro ovariens en dehors de l'ovaire. Le second sur la trompe en dedans de l'ovaire empêche l'hémorragie venant de l'utérus. Le Bec sectionne entre les deux ligatures puis dissèque la vessie jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur. Si la tumeur est énorme, pose un lien élastique et sectionne ensuite.

Il perfore les culs-de sac postérieur et antérieur en se servant d'une pince à ligament large; et lie les vaisseaux utérins, sur la base des ligaments larges. Le col est fendu en deux, et chacune des parties est réduite, ce qui reste suffisant à empêcher le glissement des ligatures. Les chefs des deux ligatures latérales du pédicule sont descendus dans le vagin.

Le péritoine est fermé avec les lambeaux péritonéaux taillés en avant et en arrière du fibrome par une suture continue au catgut.

Il place un drain en T dans le vagin entre les deux pédicules.

CRITIQUE

La mortalité dans l'hystercctomie doit être attribuée principalement au shock, aux lésions rénales, aux lésions cardiaques provenant des fibromes, et enfin aux fautes opératoires : la durée des opérations est trop longue, les hémorragies trop importantes ou la technique est vicieuse.

A ce sujet l'entente est loin d'être faite pour le traitement du pédicule.

Examinons chaque méthode en particulier.

I. — MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE

Dans l'esprit de ses partisans, elle est surtout destinée à parer à l'hémorragie et à la septicémie.

Pozzi la recommande : pour les pédicules peu saignants et creux suffisamment longs ;

Pour les pédicules très saignants suffisamment longs ;

Dans le cas de fibromes énucléables et très vasculaires développés sur les parois latérales de l'utérus ;

Lorsqu'on ouvre la cavité utérine durant l'énucléation d'un fibrome.

Ce procédé met à découvert une surface de tissus destinés à se sphacéler et à s'éliminer. Il permet une surveillance journalière qui peut éviter dans une certaine mesure une péritonite souvent mortelle.

« C'est aussi un moyen moins pénible de pourvoir « immédiatement aux hémorragies qui peuvent se pro- « duire par glissement de la ligature, par rétraction de « certaines portions du moignon si la section a porté « trop près du lien, ou par déchirures produites sous « l'influence des tractions exagérées qu'on a été obligé « d'exercer pour amener le col à la paroi abdominale » (Vautrin).

En résumé, on n'aurait plus à redouter ni hémorragie consécutive, ni infection utérine, car le moignon se gangrène et se putréfie au dehors.

C'est pour éviter ces résultats fâcheux qu'on a imaginé des perfectionnements : substitution de la ligature élastique au serre-nœud à fil métallique, isolement plus parfait du pédicule d'avec la cavité péritonéale, soins plus grands donnés au pansement du moignon.

A côté de ces avantages, le procédé présente malheureusement de grands inconvénients :

Un pédicule court est tiraillé par les broches. Il en résulte des douleurs souvent intolérables et des accidents réflexes (ballonnement du ventre, vomissements).

Il faut alors déprimer fortement le bas-ventre et le maintenir ainsi, ce qui est une gêne pour la circulation intestinale. De plus, sont à craindre des accidents plus ou moins immédiats, surtout si des vomissements chlo-

roformiques viennent à la suite de l'opération. La cicatrice abdominale se laisse souvent distendre par la pression intestinale et devient le siège d'une éventration, si la malade ne porte pas toujours une ceinture hypogastrique.

Les recherches de Börner (*B. Sammlung. Klin, Vorträge*, n° 202) ont presque démontré que l'utérus ne se sépare entièrement de la paroi abdominale que dans les cas où le pédicule est très grèle. On constate : 1° tantôt que la dépresssion cicatricielle très accentuée va s'atténuant et disparaît; 2° tantôt qu'elle persiste et bride toujours la paroi au même degré, ce qui rend permanents les inconvénients annoncés pour être temporaires.

Le dessèchement progressif du moignon ne saurait constituer un état complètement aseptique (Kaltenbach). Malgré les pansements d'Hegar, de Kaltenbach, de Pozzi, il est difficile d'empêcher le moignon de s'infecter : la lenteur du traitement augmente les chances d'infection; la durée de l'élimination du pédicule est de vingt ou trente jours, quelquefois six semaines.

Il faut exercer une surveillance rigoureuse. Souvent des abcès se forment autour du pédicule et les malades peuvent succomber à une péritonite tardive, à la septicémie.

Le nettoyage du sillon péripédiculaire souvent répété, les pansements fréquents sont autant de fatigues pour l'opéré.

Quelquefois une fistule vagino-utéro-abdominale s'établit et l'on voit persister pendant plusieurs mois une

communication entre la plaie abdominale et le vagin par l'intermédiaire de la portion restante du col utérin. Elle est très rebelle au traitement et est consécutive à la chute du pédicule ou résulte de l'ouverture d'un abcès au voisinage de la plaie.

« Le pédicule constitue en outre une sorte de bride « étendue de la paroi abdominale au fond du bassin et « de laquelle partent souvent des tractus membraneux, « traces de la péritonite adhésive qui s'est manifestée « autour du moignon. L'intestin peut venir s'écraser « sur ces brides. Il en résulte une occlusion intestinale » (Vautrin).

Des désordres vésicaux sont la conséquence de l'étroitesse disponible pour l'ampliation de la vessie, de la compression que subit le réservoir urinaire. On a même signalé un cas d'anurie (Laroyenne).

Si le pédicule qui se mortifie doit être de temps en temps diminué à coups de ciseaux, cela lui cause des ébranlements qui ont été parfois l'origine de petites embolies pulmonaires (Kaltenbach).

En résumé, cette méthode ne peut être appliquée à tous les cas : lorsque le pédicule est très court et fixé au fond du bassin. Les causes d'infection ne sont pas écartées : l'élimination du moignon par suppuration entraîne des abcès, des décollements de la paroi, des péritonites enkystées ou généralisées, des hémorragies à la chute des escharres et, de plus, il faut un grand nombre de pansements à cause de la lenteur de l'élimination.

II. — MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE

On espérait par cette méthode supprimer les inconvénients de la précédente et l'on y a réussi jusqu'à un certain point : la réunion de la plaie abdominale se fait du premier coup et peut mettre à l'abri d'une longue suppuration, des abcès de la paroi, de la péritonite. Il n'y a pas d'éventration, de tiraillements cicatriciels, de fistule, d'accidents nerveux, de troubles vésicaux. Elle est simple et rapide.

Mais il faut encore compter avec l'hémorragie et la septicémie.

L'hémorragie est d'autant plus grave qu'elle se fait à l'insu du chirurgien.

La septicémie résulte, soit d'une faute opératoire, soit de la nécrose septique du pédicule.

D'une manière générale, dans certaines hystérectomies, l'opérateur se trouve en présence d'une masse charnue souvent épaisse, rendant difficile toute constriction durable, parcourue par des vaisseaux énormes (artères et sinus), et l'hémostase définitive n'offre pas toute la sécurité voulue. Il doit craindre alors l'hémorragie secondaire.

De plus, l'ouverture de la cavité utérine, malgré le soin apporté à la suture du moignon, à l'affrontement de la plaie est une cause d'infection par la communication de la cavité péritonéale avec l'extérieur.

Le canal vaginal est difficilement rendu aseptique.

Boisleux, du laboratoire de Martin, de Berlin, a montré qu'il existait des germes pathogènes dans la cavité du col.

Des cultures avec des fragments de col provenant d'hystérectomies totales de Martin, 7 fois sur 10, inoculées dans le péritoine, occasionnaient une péritonite septique en quelques heures.

Nous avons étudié les procédés les plus couramment employés :

1° La ligature élastique perdue d'Olshausen;

2° Une série de ligatures partielles juxtaposées de Zweifel;

3° L'évidement du pédicule et sa suture à lui-même de Schroeder;

4° La ligature directe des vaisseaux de Chaput.

Examinons maintenant les défauts inhérents à chacun d'eux.

1° *Ligature élastique d'Olshausen.*

Elle peut glisser : en haut vers l'abdomen lorsque le pédicule est court ou conique, ce qui provoque la mort par hémorragie; — en bas et peut alors comprimer, sphacéler et perforer la vessie.

Elle expose à l'infection péritonéale, par sphacèle du pédicule et par désinfection incomplète de la cavité utérine : la constriction rétrécit la cavité du col, empêche à l'excision, au thermo-cautère, au chlorure de zinc, à l'acide phénique, etc., de donner tous les résultats attendus.

Le pédicule tombant en arrière comprime l'intestin contre les parois pelviennes. Treub a signalé des cas mortels d'occlusion par ce mécanisme.

Les accidents consécutifs sont aussi à redouter : une suppuration abondante avec fièvre s'établit et du pus s'écoule par le col. Ces phénomènes sont dus à l'infection occasionnée par le caoutchouc lui-même infecté par les microbes de la cavité utérine.

Chaput a très souvent, à la Salpêtrière, extirpé des caoutchoucs par le vagin, lorsque leur élimination était difficile. Dans un cas il a été forcé d'enlever le col avant de trouver la ligature élastique.

Tous les chirurgiens sont maintenant d'accord pour rejeter ce système lorsqu'il s'agit de moignons très volumineux pour lesquels sont à craindre des accidents d'étranglement ou de sphacèle.

Kocher a substitué au caoutchouc la ligature en masse à la soie. Cette méthode présente les mêmes inconvénients. En outre, la soie coupe les tissus, l'action constrictive ne s'exerçant plus, l'hémorragie se produit.

2° *Ligatures partielles juxtaposées de Zweifel.*

Nous savons qu'elle consiste à pratiquer sur le moignon une série de sutures partielles, à l'aide d'une aiguille passée de part en part sur le pédicule.

Elle est dangereuse. Chaque piqûre saigne beaucoup et l'on est obligé, pour arrêter le sang, de mettre une ligature en masse à la soie, au-dessous des ponctions,

ce qui rend inutiles les ligatures partielles et présente les inconvénients de la ligature de Kocher.

L'amputation de la tumeur est longue, car les nombreuses ligatures font toujours perdre beaucoup de temps.

La multiplicité des sutures augmente les chances d'infection et les fils une fois infectés peuvent s'éliminer successivement et retarder la guérison.

Le sphacèle suivi de suppuration du moignon n'est pas très rare.

3° *Méthode de Schroeder.*

Elle consiste, nous le savons, à creuser le moignon en cône et à suturer à elles-mêmes les parois de ce cône.

Par ce fait on réduit au minimum le volume du pédicule, ce qui diminue les chances ultérieures d'adhérence intestinale et les compressions sur la vessie et l'intestin,

C'est un procédé brillant, mais qui a les inconvénients de celui de Zweifel : il se produit des hémorragies au niveau des piqûres, ce qui nécessite au-dessous la ligature en masse. Les sutures sont alors inutiles, portant sur un tissu qui doit disparaître par nécrose aseptique ou septique.

Le nombre considérable des ligatures fait perdre du temps.

Le procédé ne peut s'appliquer à un pédicule court, gros ou bien adhérent de toutes parts.

4° *Ligature directe des vaisseaux* (*Chaput*).

Chaput trouve que l'hémostase est plus sûre et plus rapide, qu'il n'y a pas de sphacèle à redouter et que la fixation à la paroi lui permet d'éviter la compression des intestins et l'occlusion intestinale.

On peut cependant contester ici la rapidité de l'opération, et l'hémostase n'est pas plus sûre que dans les autres procédés.

Les inconvénients du pédicule intra-péritonéal sont donc nombreux. C'est pour cela que certains chirurgiens, que nous ne citerons que pour mémoire, ont proposé de renverser le pédicule dans le cul-de-sac postérieur (Meinert : *Wien. med. Woch.*, 1885) ou dans le cul-de-sac antérieur après avoir décollé la vessie (Byford, 1890).

III. — MÉTHODE RÉTRO-PÉRITONÉALE

Elle est remarquable surtout par la confection de lambeaux qui, recouvrant le pédicule, le mettent hors la cavité péritonéale.

Richelot fait un lambeau antérieur.

Goffe, deux lambeaux égaux.

Chrobach, Potherat, deux lambeaux inégaux, l'antérieur étant le plus grand.

Milton, deux lambeaux inégaux, l'antérieur étant le plus petit.

Bear remplace les lambeaux par une collerette.

Dans les méthodes de Goffe et de Bear, on a pu remarquer que la ligne de suture correspondant à la cavité utérine pouvait être une cause d'infection.

Milton, n'ayant qu'un court lambeau antérieur, est obligé de recouvrir le moignon avec la face postérieure de la vessie.

Les autres procédés sont meilleurs, cependant la suture postérieure du seul lambeau antérieur de Richelot n'est pas toujours facile à faire.

Dans le procédé de Potherat, la suture en bourse au fond de l'excavation du pédicule, ferme complètement l'orifice utérin par en haut.

La méthode rétro-péritonéale a procuré 19 succès sur 21 cas à Richelot, 26 sur 26 à Léonte.

Elle doit occuper le premier rang parmi celles à pédicule rentré. Elle peut ne pas éviter toute hémorragie ni toute infection, mais ces accidents se passent en dehors du péritoine. Elle évite aussi les adhérences viscérales et intestinales, et l'intestin glisse facilement sur sa séreuse.

IV. — MÉTHODE MIXTE

Procédés de Wölfler, de Sänger. — Le moignon est maintenu au voisinage d'un orifice de la paroi abdominale.

Ce procédé a les inconvénients des méthodes extra et intra-péritonéales.

On peut donc avoir l'hémorragie, le sphacèle, l'infection, les abcès des parois, la péritonite, comme aussi lorsque le pédicule est réduit ou bien fixé à l'extérieur.

V. — HYSTÉRECTOMIE TOTALE

D'après Pozzi, toute opération péritonéale qui dure plus d'une heure acquiert par cela seul un degré spécial de gravité.

Le procédé de Chrobach est de longue durée, quelquefois deux heures.

Ceux de Martin, Doyen, Le Bec sont plus rapides.

La surface du champ opératoire est très grande : les fautes d'antisepsie sont plus nombreuses. Il est vrai que l'on peut faire des toilettes méthodiques plusieurs jours à l'avance, que l'asepsie du vagin peut se réaliser (opération de l'hystérectomie vaginale), mais l'asepsie du canal cervical est bien difficile à pratiquer.

Le shock est important : les viscères restent longtemps exposés à l'air; la durée opératoire fait absorber une grande quantité de chloroforme, ce qui expose les malades atteintes de gros fibromes à mourir d'insuffisance rénale, cardiaque ou hépatique.

Martin, sur trente opérées, a eu deux parésies intestinales, ce qui est attribué à l'abus des antiseptiques, à l'exposition des viscères à l'air, à un empoisonnement par le chloroforme. Tillaux accuse le décubitus dorsal.

On peut blesser la vessie, car ses rapports normaux sont détruits ; elle est étalée à la face antérieure de la tumeur. Une sonde métallique introduite dans la vessie sert d'indicateur, mais l'opération est néanmoins délicate. Martin a lésé deux fois la tunique musculaire, une hémorragie en nappe s'est produite, qui a nécessité un surjet au catgut.

On peut aussi blesser les uretères. Dans une observation de Gouillioud, on relève une fistule uretérale droite.

Dans une autre de Schopf, une blessure latérale de l'uretère.

Pozzi, dans une communication au Congrès de Chirurgie, avril 1891, parle de la section d'une uretère. Le bout supérieur fut fixé à la plaie abdominale, la cavité péritonéale tamponnée avec un sac de Mikulicz contenant une sonde. Huit jours après, l'urine sortait par le pansement.

L'intestin est moins souvent lésé.

Enfin signalons, mais le fait est rare, l'entéroptose, le déplacement du gros intestin, du foie, du rein, losque l'on retire de l'abdomen un très gros corps fibreux.

Nous avons distingué les méthodes :

Vagino-abdominale;
Abdomino-vaginale;
Abdominale totale.

1° *Hystérectomie vagino-abdominale.* — L'opérateur doit agir tantôt par le vagin, tantôt par l'abdo-

men. Il faut alors déplacer la malade, se déplacer soi-même, ce qui facilite les fautes d'antisepsie.

Un corps fibreux développé dans la paroi postérieure de l'utérus en refoulant le col en avant et, en haut, en rend l'accès difficile, quelquefois impossible.

Les fibromes développés dans les ligaments larges ne permettent pas de placer convenablement les pinces sur la base de ces ligaments.

2° *Hystérectomie abdomino-vaginale.* — Elle a les inconvénients de la précédente : changements de position de la malade et de l'opérateur.

De plus, celui-ci peut éprouver beaucoup de difficultés à former un pédicule dans certains cas, à l'enlever par le vagin, s'il existe des adhérences.

Le passage du pédicule à travers la cavité péritonéale est un danger d'infection, malgré les précautions prises ; désinfection au sublimé, cautérisation — si l'on admet avec Boisleux que le moignon est septique aussi bien dans sa cavité que sur sa surface de section.

3° *Hystérectomie abdominale totale.*

Brennecke lui reproche ses grandes difficultés opératoires.

Baldy l'accuse de provoquer la septicémie et les hémorragies plus que les amputations supra-vaginales ; un schock redoutable, le raccourcissement du vagin.

Les hémorragies sont à redouter lorsqu'on enlève les pinces qui ont servi à faire l'hémostase. Chaput a eu une hémorragie grave. Un autre opérateur a eu 3 décès par hémorragie sur 6 cas, et cela à l'enlèvement des pinces.

Outre les reproches qui s'adressent à toute hystérectomie totale, chaque procédé a ses petits inconvénients :

Chrobach se sert d'un instrument spécial, sa technique demande une grande habileté opératoire. Le nombre des sutures est une complication. Cependant sur 17 opérées il accuse 17 guérisons.

Martin n'a pas d'instrument spécial, mais le nombre de ses sutures et la difficulté de les bien placer sont à considérer.

La transfixion de Guermonprez ne semble pas être une manœuvre précise, rigoureuse, comme la libération du col par Chrobach et Martin.

Doyen a modifié son manuel, comme nous l'avons vu, en enlevant ses pinces hémostatiques, et en les remplaçant par une ligature.

Le Bec a un pédicule suspect, celui formé par une certaine portion du tissu utérin.

En résumé, pour mener à bien une hystérectomie abdominale totale, il faut être habile; avoir un aide pour repousser les culs-de-sac vaginaux et les présenter au chirurgien, afin de ne pas blesser vessie, uretères et rectum.

Si l'on se sert de pinces pour l'hémostase, soit par le vagin soit par l'abdomen, elles gênent en couvrant le champ opératoire, et les hémorragies à l'enlèvement sont à redouter.

Si l'on se sert des ligatures, il est difficile souvent de les placer convenablement.

STATISTIQUES

Les statistiques ne sont pas comparables entre elles, car les conditions de succès se sont modifiées depuis quelques années. Malgré cela, il est intéressant de connaître la mortalité pour chacune des méthodes.

Pozzi donne deux statistiques dans son *Traité de gynécologie.*

La première, empruntée à Paul Vehmer, accuse :

24 0/0 de décès sur 262 opérées par la méthode extra-péritonéale.

Et 88 décès sur 312 opérées par la méthode intra-péritonéale, soit 28,20 0/0.

La seconde, empruntée à Zweifel, fournit :

Pour la méthode extra-péritonéale, 22,3 0/0 sur 130 cas.

Pour l'autre, 32,7 0/0 sur 116 cas.

Le Moniet, dans sa thèse (Paris, 1894) donne une statistique empruntée à Price (*American Journal of obstetrics*, 9 nov. 1892) :

I. — CHIRURGIENS ALLEMANDS

1° Méthode extra-péritonéale.	OPÉRÉES	DÉCÈS
	—	—
Chrobach	55	5
Ascher	5	2
Kaltenbach	22	1
Hegar	31	10
Schroeder	34	7
Albert	50	3
Fritsch	33	6
Terrillon (Paris)	26	3
Lauwers	13	0

Ce qui fait 15.6 0/0.

2° Méthode intra-péritonéale.	OPÉRÉES	DÉCÈS
	—	—
Zweifel	50	6
Ascher	10	4
Kaltenbach	8	8
Léopold	22	5
Schroeder	164	43
Martin	135	46
Brennecke	22	1
Dick	11	2
Fritsch	27	11
Terrillon (Paris)	32	3
Lauwers	3	2

Soit 27.06 0/0.

II. — CHIRURGIENS ANGLAIS ET AMÉRICAINS

1° Méthode extra-péritonéale.

	OPÉRÉES	DÉCÈS
Keith	38	2
Lawson Tait	88	10
Bantock	56	19
Spencer Wells	20	10
Thornton	54	20
Price	91	6
Cushing	25	5
Boldt	6	2
J.-C. Irisch (Lowell)	19	5
Manu (Buffalo)	12	1
Munde (New-York)	12	4

Ou 19.95 0/0.

2° Méthode intra-péritonéale.	OPÉRÉES	DÉCÈS
Spencer Wells	26	10
Cushing	3	3
Boldt	3	0

Soit 40.62 0/0.

Gentillhomme, dans sa thèse, Paris 1895, trouve :

18.09 0/0 pour la méthode extra-péritonéale;
23 70 0/0 id. intra-péritonéale.

Delbet (*Traité de Chirurgie*, tome VIII), trouve en prenant les cas des 5 dernières années :

18.3 0/0 sur 507 opérées par la méthode extra-péritonéale ;
26.4 0/0 sur 723 id. intra-péritonéale.

Toutes ces statistiques tendent à prouver que la mortalité est plus grande par la méthode intra-péritonéale.

Nous avons réuni les différents cas communiqués aux Congrès français de Chirurgie depuis 1888. En voici le résultat avec les causes de mort données :

1° *Méthode extra-péritonéale.*

Terrillon . .	40 opérées	8 décès	deux d'accidents nerveux : délire, anxiété après 2 jours. un de péritonite. un, pédicule détaché le 15e jour, négligence dans le pansement, infection purulente, mort le 25e j. un, quelques heures après (fibrome dans ligament large). septicémie tardive le 39e j. septicémie aiguë. péritonite (pédicule énorme et court).
Vuilliet. . .	13 —	6 —	?
Bœckel. . .	4 —	1 —	peritonite septique
Jacobs . . .	20 —	4 —	deux immédiats . . . traumatisme. longueur de la chloroformisation. blessure d'une uretère. 13 jours après, pneumonie hypostatique.

Reynier . .	18	—	2	—	?
Delagenière	4	—	1	—	?
Dubourg. .	1	—	»		
Routier . .	16	—	3	—	petite adhérence entre la partie postérieure du pédicule et une anse de l'intestin grêle. Pas d'autre trace de péritonite. étranglement interne. intoxication iodoformée ?
Pothcrat. .	2	—	»		
Totaux .	118	—	25	—	soit 21,18 %

2° *Méthode intra-péritonéale*

Terrillon	30	2 par le p. Schroeder 28 par celui d'Olshausen	3	2 j. après, pendant l'opération les anses intestinales seraient sorties 3 fois. lien glissa, hémorragie dans le bassin. péritonite subaiguë.
Chénieux	6	(ligature de chaque côté plus lig. totale, à la soie.	1	?
Girard. .	4	1 par le Schroeder. . 3 comme Chénieux .	» »	
Vuilliet .	2	p. de Zweifel . . . . p. de Chrobach . . .	» »	
Bœckel. .	9	4 par lig. perdue élastique	1	18 h. après, au milieu d'atroces souffrances.
		5 par lig. perdue à la soie	2	péritonite septique
Jacobs. .	7	?	1	péritonite septique.

Richelot.	37	16 par lig. élastique.	3	?
		21 par son procédé. .	2	péritonite tuberculeuse. infect. dont l'enquête n'a pas fait découvrir les sources.
Queirel. .	5	lig. élastique	1	embolie sans doute cachectique.
Delagénière	1		»	
Dubourg.	3		»	
Chaput .	8	(lig. directe).	2	blessure de la vessie prise dans les ligatures des ligaments larges. occlusion intestinale par coudure de l'intestin.
Totaux	112		16	soit 14,28 %

On peut conclure de ces deux statistiques que la mortalité est plus grande pour la méthode extra-péritonéale.

Nous avons déjà vu que la méthode rétro-péritonéale avait procuré 19 succès à Richelot sur 21 cas ; 26 sur 26 à Léonte. — Potherat a fait 5 opérations et eut 5 succès. Une des malades mourut mais comme nous le verrons, son embolie ne peut être mise sur le compte de l'intervention chirurgicale.

Delbet, en parlant des statistiques, dit dans le *Traité de Chirurgie*, tome VIII :

« Ces chiffres ne prouvent pas grand'chose, Bückel « en comptant seulement les cas de Frommel, de Lan- « dau, d'Hofmeier, ne trouve pour la méthode intra- « péritonéale que 14 0/0.

« Brennecke, sur 22, cas n'a employé qu'une seule « fois la méthode extra-péritonéale. C'est la seule opé- « ration qui ait été suivie de décès. Il est démontré

« qu'entre les mains des gynécologues expérimentés et « habiles, elle ne donne pas une mortalité supérieure. »

Dans la thèse de Le Moniet, le tant pour cent de l'hystérectomie totale aurait une valeur assez faible.

Voici les cas relevés :

1° *Hystérectomie vagino-abdominale.*

	Opérées	Décès	Causes de mort
Léopold. . . .	17	3	?
Bardenheuer .	7	1	?
Rouffart. . . .	6	»	
Jacobs	5	1	affection cardiaque le 4e jour.
Boldt	3	1	anémie extrême 36 heures après.
Totaux . .	38	6	soit 15,78 %.

2° *Hystérectomie abdomino-vaginale.*

Péan	27	1	hémorragie le 14e jour.
Boldt	7	2	pneumonie compliquant une néphrite chronique. shock quelques heures après
J. Backel . . .	4	1	septicémie.
Le Bec	7	3	asystolie le 11e jour. hémorragie. péritonite.
Gouillioud . .	3	1	occlusion intestinale. Début le 7e jour. Mort le 11e.
Bouilly	1	»	
Schwartz . . .	1	»	
Jacobs.	4	1	tumeur télangiectasique.
Totaux. . .	54	8	soit 14,81 %.

3° *Hystérectomie abdominale totale.*

Baldy	5	1	état septique antérieur dû à l'électropuncture.

Boldt	10	3	shock le 2e jour. shock. anémie extrême le 3e jour.
Cragin	1	»	
Crofford	1	»	
Eastmann . . .	79	8	?
Edebohls . . .	6	»	une malade morte subitement quelque temps après, de dégénérescence graisseuse du cœur, lésion préopératoire, est donnée par Edebohls comme guérie.
Dixon Jones. .	1	»	
Keith	2	»	
R. Hall . . . ,	10	1	?
Lanphear. . .	5	1	hémorragie secondaire.
Polk	18	2	shock au bout de 12 h. septicémie, faute opératoire.
Price	2	»	
Ross.	1	»	
Stimson	7	2	?
Chrobach . . .	20	»	
Mackenrod . .	8	1	
Martin.	97	18	8 seulement: septicémie. embolie 14 jours après. anémie extrême (trois malades). deux de parésie intestinale. hémorragie secondaire.
Schultze . . .	1	»	
Trendelenburg	2	»	
Lennander . .	16	»	
Bossi	1	1	septicémie le 5e jour.
Chénieux . . .	1	»	meurt le 5e mois d'étranglement interne.
Delagénière . .	5	1	septicémie le 14e jour.

Doyen.	28	4	cachexie urémique. broncho-pneumonie grippale. septicémie. cancer de l'estomac ?
Fochier	1	»	
Guermonprez.	3	2	intoxication par le sublimé. méningite cancéreuse.
Hue.	2	»	
Lannelongue .	1	»	
Pozzi	4	2	embolie le 5e jour. shock.
Reverdin	2	»	
Terrillon . . .	2	»	
Totaux . .	342	49	soit 14,32 %.

Guilleminot, dans sa thèse (Paris, 1893), cite Gross qui donne 115 opérations d'hystérectomie totale avec 18 décès, c'est-à-dire 15.65 0/0.

En relevant les cas communiqués aux Congrès français de Chirurgie depuis 1888, nous avons trouvé :

Vuillet. .	5	3 par le p. de Martin 1 vagino-abdominale	» »	
Bœckel. .	4	(abdom.-vaginale) . .	1	péritonite septique.
Jacobs. .	9		4	?
Delagenière	3		2	?
Doyen. .	11		1	?
Routier .	6	(abd.-vagin.)	3	hémorragie par enlèvem. des 2 pinces vaginales sur les ligaments larges 48 h. après. 2 par hémorragie : les clamps placés sur les ligaments larges s'échappèrent.

Rouffart.	9	(4 abd.-vag.).....	1	?
Totaux	47		12	soit 25,53 %.

Ici la proportion est très forte.

En résumé, d'après les diverses communications faites aux Congrès de Chirurgie, nous avons donc trouvé :

Pour la méthode intra-péritonéale, 14.28 0/0.

Pour la méthode extra-péritonéale, 21.18 0/0.

Pour les méthodes d'ablation totale, 25.53 0/0.

Encore une fois, malgré ces tant pour cent, les statistiques ne prouvent pas grand'chose, et nous croyons qu'il ne faut pas conclure d'une façon absolue à la supériorité de tel ou tel procédé.

Il est curieux d'examiner les causes de mort.

Ce sont, outre certaines fautes opératoires, auxquelles on peut joindre un mauvais état général de la malade : le shock, l'hémorragie, la septicémie, l'embolie, l'occlusion intestinale, la parésie de l'intestin.

1° *Shock.* — C'est un terme vague : La malade succombe quelques heures après l'opération avec des phénomènes nerveux très accentués : petitesse et fréquence du pouls, respiration saccadée, refroidissement des extrémités avec sueurs froides et profuses. A l'autopsie on ne trouve aucune lésion. On l'attribue à une anémie extrême provenant d'une grande perte de sang — à la manipulation des viscères, — à leur exposition à l'air.

Ungar et Strossmann ont montré l'affection nocive du chloroforme sur les reins et le cœur altérés. Or, tous les cœurs sont plus ou moins altérés chez les malades

ayant des corps fibreux réclamant une intervention chirurgicale : la dégénérescence graiseusse du muscle cardiaque a été signalée par Hofmeier.

2° *Hémorragie.* — L'hémorragie primitive peut être traitée immédiatement.

Les hémorragies internes secondaires sont bien plus redoutables. On observe les symptômes connus : abaissement de la température, petitesse et fréquence du pouls, pâleur des téguments, sensation d'obnubilation, des nausées, des vomissements. Il faut alors rechercher et ligaturer le vaisseau. Un grand état de faiblesse de la malade rend souvent cette recherche inutile.

3° *Septicémie.* — La septicémie est à craindre avec toutes les hystérectomies. On doit faire la désinfection parfaite du vagin, de la paroi abdominale, pratiquer rigoureusement l'asepsie pendant l'opération.

Un mauvais état des reins, en permettant l'insuffisance de l'élimination des toxines doit être à considérer.

4° *Embolie.* — Martin, Queirel, Pozzi, l'ont signalée dans leurs observations. Dans un cas de Pozzi, le point de départ était dans le plexus veineux utéro ovarien gauche, plexus variqueux lésé par une aiguille au moment de la ligature du ligament large.

5° *Occlusion intestinale.* — Chénieux, Gouillioud, Chaput, Ross, ont constaté des cas d'occlusion intestinale. Les malades reprenaient leurs occupations et plus tard apparaissaient des phénomènes d'obstruction dus à des adhérences, des brides épiploïques.

Walthard croit que ces adhérences sont dues au dessè-

chement de la surface péritonéale et à la desquamation épithéliale qui en résulte.

6° *Parésie intestinale.* — Elle a pour causes probables, avons-nous déjà dit, la très grande anémie, l'abus des antiseptiques, l'exposition des viscères à l'air.

Pour finir, citons seulement : les intoxications au sublimé et à l'iodoforme, les méningites, les affections cardiaques, la pneumonie etc...

OBSERVATIONS

Nous pubierons cinq observations, les deux dernières remarquables par l'isolement complet de la cavité utérine restante : suture à la soie en bourse au fond de l'excavation du pédicule sur la partie avivée.

Observation I (*Inédite. — Résumée*). — Guérison.

Angèle L..., âgée de 40 ans, entre le 29 juillet 1895 à la Maison Dubois, dans le service du docteur Segond, suppléé par le docteur Potherat.

Cette malade est une rachitique de toute petite taille avec déformation considérable du thorax et des membres inférieurs. Elle a une énorme cyphose dorsale et le thorax bombe fortement en avant.

La malade porte une tumeur abdominale volumineuse qui a été diagnostiquée kyste de l'ovaire. On se rend compte facilement à l'examen que cette tumeur, si elle est médiane, régulière à sa surface, absolument lisse, n'a nullement toutefois la consistance d'un kyste de l'ovaire, mais bien celle d'un fibrome du volume d'une forte tête d'adulte.

Elle remplit presque complètement l'espace d'ailleurs

restreint qui s'étend de la symphyse pubienne au rebord costal.

Peu de troubles fonctionnels l'accompagnent.

Les règles sont normales, un peu abondantes, et sans qu'il y ait ménorragie véritablement.

Les fonctions digestives s'exécutent assez bien.

L'état général est assez bon, la malade n'est incommodée que par le volume et le poids de la tumeur.

Il n'y a rien dans le passé génital. Pas de grossesse, aucun antécédent se rapportant à l'affection elle-même ne peut être relevé. Le début de la maladie ne peut être précisé, mais remonte certainement à plusieurs années.

La malade réclame l'intervention qu'aucune lésion viscérale ne contre-indique d'ailleurs.

Opération. — Elle est pratiquée par M. le docteur Potherat, le 7 août 1895, après anesthésie au chloroforme.

Le ventre est incisé dans presque toute sa hauteur.

La tumeur est amenée au dehors; on constate qu'elle est développée dans l'utérus, qu'elle est unique, portée par un pédicule cervical relativement très grêle.

Les annexes sont d'abord détachées après double ligature à la soie, de l'un et de l'autre côté; puis deux petits lambeaux péritonéaux sont disséqués en avant et en arrière du pédicule.

Un double fil de soie est ensuite passé à travers celui-ci et serré à la manière de la suture d'un pédicule de kyste de l'ovaire, puis le pédicule est coupé au-dessus de la ligature et excavé transversalement en V.

La muqueuse utérine est excisée, et la cavité cautérisée au thermo-cautère.

Cinq à six points de suture unissent les deux lèvres du V, puis le péritoine est ramené par dessus, et les deux lambeaux suturés l'un à l'autre.

Après toilette péritonéale, la paroi abdominale est fermée par un triple plan de sutures.

L'opération a duré moins d'une demi-heure.

Le fibrome pesait 3,400 grammes.

Suites de l'opération. — Elles furent aussi simples que celles qui suivent l'ablation d'un kyste de l'ovaire.

Il n'y eut pas de réaction et la malade se leva au bout de quinze jours.

Trois semaines après son opération, elle quitta la maison de santé entièrement guérie.

Nous n'avons pu ni la revoir ni avoir de ses nouvelles depuis lors.

Observation II (*Inédite*). Guérison.

Edith F..., âgée de 45 ans, entre le 27 septembre 1895 à la Maison Dubois, dans le service de M. Segond, suppléé par M. Potherat.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade fut réglée à 15 ans. Elle est vierge et ne présente aucun passé génital.

Le début de son affection remonte à deux ans : à cette époque, les règles devinrent plus abondantes et

le ventre augmenta de volume en même temps qu'il devenait douloureux.

Cet état n'a fait qu'augmenter et aujourd'hui les douleurs sont très pénibles.

La malade a eu deux fois une hémorragie abondante entre l'époque de ses règles.

Elle a des pertes blanches continuelles, et beaucoup de difficulté à la garde-robe.

Examen local. — Le ventre est très gros. La tumeur est régulière, arrondie et remonte jusqu'à l'ombilic. Elle est très dure et de consistance égale à la palpation.

Au toucher vaginal, on sent un col normal, mobile, faisant corps avec la tumeur abdominale. Ce col est entr'ouvert.

L'hystéromètre donne 15 cent.

Les annexes paraissent saines; on éveille une légère douleur à droite.

Opération. — L'opération est faite le 8 octobre 1895. Après anesthésie à l'éther, la paroi abdominale est incisée du pubis à l'ombilic.

On tombe sur la tumeur et l'on constate qu'elle est peu adhérente et sort facilement par l'ouverture de la plaie.

Deux pinces sont placées sur les annexes droites et gauches. La tumeur étant enlevée, le moignon utérin est évidé transversalement en V et les deux lèvres sont suturées par des fils de soie après avoir été touchées au thermo-cautère.

Le deux replis péritonéaux, disséqués préalablement, sont ramenés au-dessus du pédicule et suturés l'un à l'autre à la soie de manière à recouvrir le moignon comme un capuchon.

Les deux soies placées aux extrémités latérales prennent le bord supérieur des ligaments larges.

Les annexes gauches sont saines, elles sont serrées dans une soie.

Les annexes droites ont des lésions : l'ovaire et la trompe forment une tumeur de la grosseur d'un œuf et adhérente à l'intestin. La dissection de ces adhérences est assez pénible. On parvient néanmoins à extirper ces annexes malades.

Après toilette péritonéale, on referme le ventre par un triple plan de sutures.

La durée de l'opération fut de trois quarts d'heure.

Le poids de la tumeur égale 2000, grammes.

On peut constater que l'ovaire droit est transformé en une poche purulente contenant un pus crémeux et que la trompe est atteinte de salpingite interstitielle. Ce sont les lésions d'une salpingo-ovarite droite.

Suites de l'opération. — Elles furent excellentes. Il n'y eut pas d'élévation de la température, pas de phénomènes de shock.

La malade présente des flueurs blanches abondantes provoquées par le travail d'élimination des soies.

Elle marche trois semaines après l'opération et sort guérie le 6 novembre.

Nous avons revu la malade le 28 novembre. Elle se porte très bien, elle accuse seulement une douleur vague dans le côté droit. A l'examen le col est mou, mais *très mobile,* les culs-de-sacs sont absolument souples. La malade perd de temps en temps un peu de sérosité claire ou un liquide séro-sanguin. — État excellent.

Nous avons vu encore la malade le 16 juillet 1896.

Elle a perdu en avril une trentaine de fils. Elle perd encore un peu de sérosité louche mais elle va bien.

En mai et juin, à la suite de fatigues excessives, phlébite variqueuse du mollet gauche : trois semaines de repos. — État général excellent.

Observation III (*Inédite*). — Guérison.

Louise C..., âgée de 47 ans, couturière, entre à la Salpêtrière, dans le service du docteur Potherat, le 21 octobre 1895, salle Lallemand, n° 16.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents héréditaires — C'est une grande femme, très amaigrie, paraissant plus vieille que ne l'indique son âge, et portant sur sa figure l'empreinte de souffrances vives. Elle raconte, en effet, qu'elle souffre beaucoup depuis plus de dix ans et que ses souffrances sont devenues beaucoup plus fortes en ces derniers temps. Ces douleurs sont abdominales. — Tout d'abord la fatigue, la marche, les heurts, les fortes secousses, les éveillaient seuls ; aujourd'hui un éternuement, un petit accès de toux suffisent à les faire apparaître ; en même temps, dit-elle, son ventre a grossi progressivement de volume ; et, aujourd'hui, il rappelle celui d'une femme qui serait au sixième ou septième mois de la grossesse. Son passé génital n'a rien de particulier ; réglée tardivement, depuis elle fut bien réglée, mais il est à noter qu'elle n'a jamais eu ni écoulement leucorrhéique ni pertes de

sang autres qu'un écoulement menstruel, peu abondant d'ailleurs. Lélibataire, elle n'a jamais eu de grossesse ; elle déclare même n'avoir jamais eu de rapprochement sexuel.

Les fonctions digestives sont très troublées ; il y a inappétence presque complète ; la constipation est opiniâtre ; la défécation ne s'effectue que rarement et très difficilement. L'amaigrissement a été très rapide et il est très accusé.

A l'examen (décubitus dorsal). — On constate dans l'abdomen une tumeur remontant notablement au-dessus de l'ombilic, constituée par plusieurs masses de volume inégal, groupées et faisant à la surface de l'ensemble une saillie plus ou moins accusée. Toutes ces masses sont lisses à leur surface ; elles ont une consistance dure, ligneuse ; elles ont d'ailleurs, à n'en pas douter, l'aspect et la consistance de fibromes de l'utérus.

Le toucher vaginal permet de constater l'intégrité de la membrane hymen. Toutefois, l'introduction possible du doigt constate la présence d'un col petit avec orifice punctiforme. Le col court se continue immédiatement avec l'utérus qui se confond avec la masse sentie par l'abdomen, laquelle est surtout développée dans le cul-de-sac antérieur et dans le cul-de-sac latéral droit, où elle forme plusieurs bosselures. Le col est lui-même rejeté en arrière et à gauche.

Les viscères thoraciques et abdominaux n'ont rien de particulier.

Le diagnostic « fibromes » se trouve confirmé, et l'intervention s'impose en raison des troubles généraux que cette tumeur provoque chez la malade.

Opération. — L'étroitesse du vagin rendrait la voie

vaginale difficilement praticable, si, d'autre part, le volume considérable de la tumeur ne contre-indiquait toute tentative par cette voie.

La laparatomie est l'opération de choix, et, après anesthésie par l'éther, elle est pratiquée le 24 octobre 1895.

Une longue incision jusqu'au-dessus de l'ombilic même donne issue à une petite quantité de sérosité ascétique. Elle met à dècouvert la masse qui, assez rapidement quoique non sans difficulté, est amenée au dehors. Cette masse est formée par un grand nombre de saillies développées sur l'utérus et dans ses parois, jusqu'auprès de la portion sus-vaginale du col, sans toutefois pénétrer dans les ligaments larges.

— Deux pinces à long mors sont placées de chaque côté de l'utérus, l'une auprès de l'organe, l'autre au delà des annexes qui sont ainsi séparés et enlevés, puis un lambeau péritonéal est détaché en avant et en arrière. Deux fils à la soie sont passés à travers les bords de l'utérus pour arrêter l'afflux du sang de l'artère utérine. L'abdomen est bien protégé par des compresses aseptiques.

L'utérus est sectionné au-dessous de la masse qui est enlevée, après quoi le pédicule est excavé en V transversal. La muqueuse du canal utérin est excisée puis cautérisée au thermo-cautèred. Des fils ce soie à points séparés rapprochent ensuite les deux lèvres du V ; l'hémostase est parfaitement assurée, la perte du sang peu abondante. Les lambeaux péritonéaux sont ramenés par-dessus et suturés ; un double fil de soie enserre le ligament large au-dessous de la pince qui a servi à

détacher les annexes. Toilette péritonéale. Fermeture de la paroi abdominale par triple plan de sutures.

La durée de l'opération est de cinquante minutes. La tumeur pesait 3,500 grammes.

Suites de l'opération. — Les suites furent très simples. Pendant deux jours la température resta au-dessous de 37° ; elle se porta à 37°4 pendant les trois jours suivants; après quoi, elle oscilla entre 36°8 le matin et 37° le soir.

Il faut noter une rétention momentanée des urines survenue le troisième jour, et qui céda à deux cathétérismes.

Les crins de Florence de la paroi furent enlevés le septième jour.

La malade pouvait se lever le vingtième jour. Mais elle fut assez longue à recouvrer les fonctions digestives et les forces. Ce n'est qu'après deux mois passés, qu'entièrement transformée au point de vue de l'état général, elle se sentit assez forte pour reprendre ses occupations.

Nous l'avons revue en mai dernier. Sa santé était parfaite. Elle a pris un embonpoint qui contraste singulièrement avec l'état de maigreur dans lequel elle s'était présentée à nous.

Observation IV (*Inédite*).

La nommée M..., âgée de 43 ans, entre le 26 no-

vembre 1895 à la Salpêtrière, dans le service du docteur Potherat (salle Lallemand).

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à 15 ans; elle a eu deux enfants, le dernier il y a quinze ans.

Toujours elle a été bien réglée; a un peu de leucorrhée.

Elle se portait bien avant ces deux dernières années.

A cette époque, souffrances dans le ventre, surtout au moment des règles; pas de leucorrhée.

Elle se donne des injections et porte une ceinture hypogastrique.

Le ventre augmente peu à peu de volume. C'est ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

A l'*examen* de l'abdomen, on constate une voussure régulière à peu près médiane, arrondie, dans la région sous-ombilicale.

A la *palpation*, on délimite une tumeur dure, régulièrement arrondie, remontant à peu près jusqu'à l'ombilic, remplissant la région hypogastrique, s'étendant à droite et à gauche dans les deux fosses iliaques.

La tumeur est nettement mobile, quand on la déplace dans le sens transversal; un peu dans le sens vertical, elle est donc pédiculée et le pédicule est assez long.

Elle ne pénètre pas dans le petit bassin.

Au toucher vaginal, on constate une rectocèle, mais surtout un cystocèle. Le col utérin est un peu abaissé.

L'utérus a sa situation normale, il est mobilisé par les déplacements de la tumeur abdominale.

Quand on soulève la tumeur en haut, l'utérus est nettement attiré.

Rien au palper des annexes droites et gauches ; on sent une tumeur accolée à la corne utérine droite, mais qui paraît indépendante.

Opération. — Après ouverture de l'abdomen, on trouve un fibrome pédiculé, fixé sur le fond de l'utérus, un peu à droite. Le pédicule a environ 4 à 5 centimètres de diamètre. Le fibrome est adhérent à l'épiploon et à l'intestin. On détruit ces adhérences après ligatures.

Le fibrome est enlevé après section du pédicule.

L'examen de l'utérus le montre volumineux, bourré de fibromes.

Les annexes sont d'abord détachées après double ligature à la soie, de l'un et de l'autre côté ; deux petits lambeaux péritonéaux sont disséqués en avant et en arrière.

Une ligature à la soie est pratiquée à droite et à gauche à travers le bord de l'utérus sur la portion utérine du pédicule vasculaire, après quoi section au-dessus, et la masse est enlevée.

Le pédicule est excavé transversalement en V.

La muqueuse utérine et une partie de la la musculeuse sont excisées.

Après la toilette du pédicule, on suture à la soie, en bourse, au fond de l'excavation, sur la partie avivée.

Les deux lèvres du pédicule sont suturées, et par dessus les deux lambeaux péritonéaux sont réunis.

On nettoie soigneusement le péritoine à l'aide de compresses, et l'on suture la paroi abdominale par un triple plan de sutures.

Le fibrome et la partie utérine enlevée pèsent 2 kilog. 80.

Suites opératoires. — La malade avait eu antérieurement plusieurs atteintes de phlébite. Elle avait fréquemment les membres inférieurs œdématiés.

Le quinzième jour après son opération elle se levait, et bientôt marchait.

Le vingt-septième jour, un dimanche, jour où elle devait quitter l'hôpital, pendant qu'elle était pliée en deux pour mettre ses bas, elle poussa un cri, tomba à la renverse, devint très pâle et mourut aussitôt.

A l'autopsie, on trouva une volumineuse embolie de l'artère pulmonaire détachée probablement de la veine fémorale gauche.

Cette mort ne doit pas être attribuée à l'intervention chirurgicale.

Observrtion V (*Inédite*). — Guérison.

Marie F., célibataire, âgée de 32 ans ; entrée le 17 décembre 1895 dans le service du docteur Potherat, à la Salpêtrière.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle aurait eu dans la jeunesse une atteinte d'impaludisme sans conséquence.

La femme est petite, un peu anémiée, mais elle se fait remarquer par une tuméfaction abdominale très volumineuse.

Le début de la tumeur remonte à dix ans environ. Vers cette époque, elle a commencé à avoir quelques douleurs abdominales, mais elle eut surtout des pertes de sang abondantes au moment de ses règles. Depuis lors ces ménorragies n'ont fait que s'accroître, en s'accompagnant de caillots, mais elle n'eut jamais de pertes dans l'intervalle des époques.

Les douleurs sont devenues, en ces derniers temps, beaucoup plus vives, à tel point que, obligée de renoncer à toute occupation, ensuite de garder le lit presque constamment. Il y eut même à deux ou trois reprises une petite poussée péritonéale avec météorismes, nausées et vomissements et élévation thermique.

Les fonctions digestives sont troublées. L'appétit est médiocre ; la digestion difficile, la constipation habituelle.

A l'examen (décubitus dorsal). — On constate aisément la présence dans l'abdomen d'une tumeur très volumineuse, remplissant le bassin, remontant à droite jusqu'au niveau de l'ombilic et dépassant notablement cette hauteur, à gauche. Cette tumeur est dure, ligneuse.

Elle est formée par plusieurs masses résultant elles-mêmes de tumeurs de moindre volume, qui, toutes. ont l'aspect lisse et la consistance indiquée plus haut.

On ne peut déplacer dans le sens transversal cette masse, sans éveiller des douleurs très vives.

Au toucher vaginal, on sent un col assez gros, avec orifice petit, rond (la malade n'a jamais eu de grossesse).

Immédiatement au-dessous de ce col, à son insertion vaginale, on sent une masse volumineuse, remplissant le cul-de-sac postérieur, dure, solide, régulière à sa

surface. Une autre masse de moindre volume nous semble occuper le cul-de sac antérieur. Une troisième massse se sent dans le cul-de sac latéral droit. Ces différentes masses font corps avec l'utérus, d'une part, avec la grande masse abdominale, de l'autre part. On ne peut pas sentir les annexes.

Hystérectomie, 0,08 cm.

La malade réclame impérieusement une intervention qui lui aurait été refusée par un chirurgien, auquel elle s'était tout d'abord présentée.

Le diagnostic « fibromes multiples » s'impose.

L'aggravation progressive de l'état général, les douleurs ressenties par la malade, les atteintes répétées de péritonite, sont autant d'indications pour intervenir; mais le volume énorme de la masse, l'affaiblissement de l'état général, rendent cette intervention certainement difficile et périlleuse.

Dans les conditions où se présentait la tumeur, il n'était pas possible de songer à l'hystérectomie vaginale; la voie abdominale seule pouvait être employée.

M. Potherat se décida à intervenir, et l'opération fut pratiquée le 26 décembre 1895.

Laparotomie. — Après anesthésie à l'éther, l'incision est pratiquée jusqu'à 0,05 cent. au-dessus de l'ombilic. La masse apparaît, irrégulière, énorme. Il y a adhérence avec l'épiploon, mais non avec les intestins.

Elle est amenée au dehors, difficilement, à l'aide de pinces à abaissement implantées sur elle. Les annexes du côté gauche sont d'abord assez facilement séparés; le côté droit, plus dificilement, en raison de la présence, dans l'épaiseur des ligaments larges, d'un fibrome du volume du poing, qu'il faut d'abord énucléer. Ceci fait,

les annexes sont séparés comme du côté opposé, entre denx pinces. On arrive sur la partie supravaginale du col. Un lambeau péritonéal antérieur assez grand, un lambeau péritonéal plus petit, sont décollés.

Le ventre étant protégé par des compresses, et, particulièrement, au pourtour de ce pédicule, une ligature à la soie est pratiquée à droite et à gauche, à travers le bord de l'utérus, sur la portion utérine du pédicule vasculaire. Après quoi on pratique une section transversale et la masse est rejetée hors de l'abdomen. Une nouvelle section est faite du pédicule en l'excavant en angle dièdre dans le sens transversal. La cavité utérine apparaît au fond. D'un coup de bistouri, ou l'évide, on enlève la muqueuse et une partie de la musculeuse voisine.

La toilette du pédicule est soignée. On fait une suture à la soie en bourse au fond de l'angle dièdre sur la partie avivée de la cavité utérine, on suture à la soie les deux lèvres de l'angle dièdre, puis le péritoine est suturé par-dessus. (Le lambeau antérieur étant plus grand, la ligne de suture séro-séreuse est portée à la partie postérieure.

Les annexes avaient été enlevées et leur pédicule lié à la soie.

La perte du sang est peu considérable.

Toilette péritonéale. — Suture de la partie abdominale par un troisième plan de suture.

La durée de l'opération fut de 1 h. 15'. La tumeur enlevée pesait 4,900 grammes.

Suites. — Les suites furent simples. Pendant six jours la température ne s'élève pas au-dessus de 37°4; elle atteint 37 6 pendant trois jours et se maintient ensuite

définitivement autour de 3/°. Le septième jour, les crins de Florence de la suture abdominale sont enlevés. Le quinzième jour, la malade se lève. Le trentième jour, elle quitte l'hôpital, ne souffrant plus et ayant considérablement acquis au point de vue de l'état général.

Nous avons revu cette malade, le 8 juillet dernier. Elle a engraissé, se porte très bien et se livre à toutes espèces d'exercices, y compris la bicyclette.

CONCLUSIONS

L'extirpation d'un corps fibreux ayant été reconnue nécessaire, peut se faire :

1° Par la voie vaginale pour les fibromes de petit volume ;

2° Par la laparotomie pour les fibromes volumineux.

Deux méthodes se présentent à l'opérateur pour enlever le fibrome par laparotomie :

1° L'hystérectomie supra-vaginale ;

2° L'hystérectomie totale.

I. — Les hystérectomies supra-vaginales se font par :

La méthode extra-péritonéale ;
La méthode intra-péritonéale ;
La méthode rétro-péritonéale ;
La méthode mixte.

1° La méthode extra-péritonéale présente des inconvénients, néanmoins elle est plus prudente aux yeux de beaucoup de chirurgiens.

Elle sera employée lorsqu'on ne sera pas sûr de son hémostase et de son asepsie et lorsque les pédicules seront volumineux et longs.

2° La méthode intra-péritonéale ne met pas suffisamment le péritoine à l'abri de l'infection. Elle ne convient qu'aux pédicules petits et courts.

3° La méthode rétro-péritonéale peut s'appliquer à tous les cas. L'exécution en est simple. Elle offre toute garantie contre l'infection.

4° La méthode mixte a tous les inconvénients des précédentes sans en avoir les avantages.

II. — Les hystérectomies totales se divisent en :

Vagino-abdominale;
Abdomino-vaginale;
Abdominale totale.

Les deux premières sont d'une exécution difficile.

Il faut changer plusieurs fois de position, ce qui entraîne des fautes d'antisepsie.

On évite avec peine les uretères si l'on met les pinces par le vagin et lorsque le fibrome est très large.

L'hystérectomie totale doit être un procédé de nécessité : myomes pénétrant dans le col avec hypertrophie des tissus, la confection du moignon étant impossible; fibromes développés dans les ligaments larges; fibromes avec lésion cancéreuse du col.

BIBLIOGRAPHIE

AMIOT. — Pédicule dans l'hystérectomie abdominale (Thése de Paris, 1884).

BEAR. — Supra-vaginal hyst. with-ligature of the ceroix. A neuw method. — Amer. Jour. of obst., 1892, XXVI, p. 489-504.

BŒCKEL. — Série de 20 fibro-myomes (hystérectomie — hystérotomie) — résultats éloignés (7e Cong. de Chirur., 1893).

S. BONNET. — Traitement chirurgical des fibromes (Nouv. arch. d'obs. et de gyn., 25 juillet 1892).

BOUILLY. — Du traitement des fibromes par la castration tubo-ovarienne (7e C. de Chir., 1893).

CAMELOT. — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins (Nouv. arch. d'obst. et de gyn., 1892, page 383).

CHAPUT. — Nouvelle méthode de traitement du pédicule utérin après amputation supra-vaginale pour fibromes. — Hémostase du pédicule par ligature directe des vaisseaux (7e C. de Chir., 1893).

CHAPUT. — Annales de gyn. et d'obst., mai 1893.

CHÉNIEUX. — Note sur le traitement intra-péritonéal

du pédicule dans l'hystérectomie abdominale (S. de Chir., 1891).

Chrobach. — Extirpation abdominale de l'utérus myomateux. Traitement rétro-péritonéal (Central. f. gyn., 1891, p. 713).

Delagénière. — Hystérectomie abdominale (7e C. de Chir., 1893).

Delagénière. — Hystérectomie abdominale totale (8e C. de Chir., 1894).

Delaunay. — Ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus (8e C. de Chir., 1894).

Delbet. — Traité de Chirurgie. Tome VIII.

Doyen. — Cong. franç. de Chirur. Paris, 1893, et Arch. provinciales de Chirur., 1892, n° 1 (décembre 1892).

Dubourg. — Hystérectomie abdominale avec traitement intra-péritonéal (7e C. de Chir., 1893).

Duret. — Traitement chirurgical des gros fibromes utérins par hystérectomie abdominale (7e C. de Chir., 1893).

Duval. — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins (Th. de Paris, 1892).

Gentilhomme. — Hystérectomie abdominale (Th. de Paris, 1895).

Girard. — Traitement intra-péritonéal du pédicule (6e C. de Chir., 1892).

Goffe. — Traitement du pédicule (Am. J. of obs., avril 1890).

Gouillioud. — Hystérectomies abdominales totales (7e C. de Chir., 1893).

GROSS. — Hystérectomie totale (Sem. méd., 25 fév. 1893).

GUERMONPREZ. — Hystérectomie abd. totale, 1892.

GUERMONPREZ. — Communication à l'Acad. de méd., 15 et 22 septembre 1891.

GUILLEMINOT. — Traitement du péd. intra-péritonéal dans l'ablation des fibromes utérins par hyst. abd. (Th. de Paris, 1893).

GUINEBERTIERE. — Contribution à l'étude de l'ablation des corps fibreux de l'utérus (hyst. abd. totale) (Th. de Paris, 1895).

HEGARD ET KALTEBNACH. — Traité de gynécologie opératoire (Trad. franc., 1888).

HOFMEIER. — Manuel de gynécologie opératoire (Traduit par Lauwers, 1889).

JACOBS. — Traitement des tumeurs fibreuses utérines (7e C. de Chir., 1893).

KIMBALL. — Boston med. and surg. journ., 1855.

KLEBEERG. — Saint-Pétersbourg Voch., 24 septembre et 6 octobre 1877.

KŒBERLÉ. — Gazette médicale de Strasbourg, 1864.

KŒBERLÉ. — Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérectomie (1er C. de Chir., 1885).

KŒBERLÉ. — Évolution des tumeurs fibreuses de l'utérus. Indications et contre-indications opératoires (7e C. de Chir., 1893).

LE MONIET. — Hyster. abd. totale et hyst. abd. vag. pour fibromes de l'utérus (Th. de Paris, 1894).

LE BEC. — Hyst. laparo-vaginale pour gros fibromes utérins (7e C. de Chir., 1893).

LE BEC. — Hyst. totale pour gros fibromes.

MARTIN. — Tageblatt der naturforscherversamlung, zu Cassel, 1878.

MARTIN. — Congrès des nat. et méd. allemands à Heidelberg Central. f. gyn., 1889.

OLSHAUSEN. — Gazette hebd. des sciences méd. de Montpellier, 1882. Deutsche Zeitsch. f. chir. B. d. XVI, p. 171.

PÉAN. — De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses (Sem. méd., 1892, p. 229).

PÉAN et URDY. — Hyst. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie (Paris, 1873).

POZZI. — Traité de gynécologie (Paris, 1893, p. 297).

POZZI. — Du trait. du pédicule dans l'hyst. et de la ligature élastique (1er C. de Chir., 1885).

POZZI. — De la valeur de l'hyst., etc. (Thèse d'agrégation, 1875).

QUEIREL. — Hyst. abd. (7e C. de Chir., 1893).

RAMON. — Hyst. abd.-vag. (Th. de Paris, 1893).

ROUFFART. — Obs. d'hyst. tot. abd. — Bruxelles, 1891.

RICHELOT. — Électricité. Castration ovarienne. Hystérectomie (2e Com. S. de Chir., 1890).

RICHELOT. — Sur le trait. chir. des fibr. utérins (7e C. de Chir., 1893).

REYNIER. — Trait. des tum. fibr. (7e C. de Chir., 1893).

SCHROEDER. — Berlin, Klin., Woch (15 octobre 1877).

SCHROEDER. — Vortag auf der Bade ner naturforscherversamlung (1879).

HEYWOOD SMITH. — Hyst. sous-péritonéale (Brit. med. J., 19 mars 1892).

TERRILLON. — 16 hyst. abd. (3e C. de Chir., 1888).

TERRILLON. — Myomes de l'utérus pédiculés et douloureux (S. de Chir., 1889).

TERRILLON. — Hyst. abd. (5e C. de Chir., 1891).

TREUB. — Mémoire adressé à la Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Rapport de M. Terrillon (S. du 12 juin 1890).

VAUTRIN. — Du trait. chirur. des myomes (Th. d'agrég., 1886).

ZWEIFEL. — Trait. du pédicule. Berlin, Klin., Woch (1888, p. 717).

ZWEIFEL. — Du trait. intra-péritonéal du pédicule dans la myomectomie (Arch. f. gyn., 1 et 2 XLI).

Vu :

Le Président, BERGER.

Vu :

Le Doyen, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Paris. — Imprimerie de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine.